

cfm.empauta.com

CFM - Conselho Federal de Medicina
Clipping da imprensa

Brasília, 09 de abril de 2014 às 17h04
Seleção de Notícias

Folha de S. Paulo | BR

Temas de Interesse | Código de Ética Médica

O sofrimento dos bebês	3
-------------------------------------	----------

TENDÊNCIAS / DEBATE

Temas de Interesse | Código de Ética Médica

Evidências científicas e direitos das mulheres	5
---	----------

TENDÊNCIAS / DEBATE

O sofrimento dos bebês

TENDÊNCIAS / DEBATE

Ruth Guinsburg



Se há diálogo e os subsídios médicos são explicados para a gestante, facilitando a tomada conjunta de decisão, o desfecho pode ser menos traumático

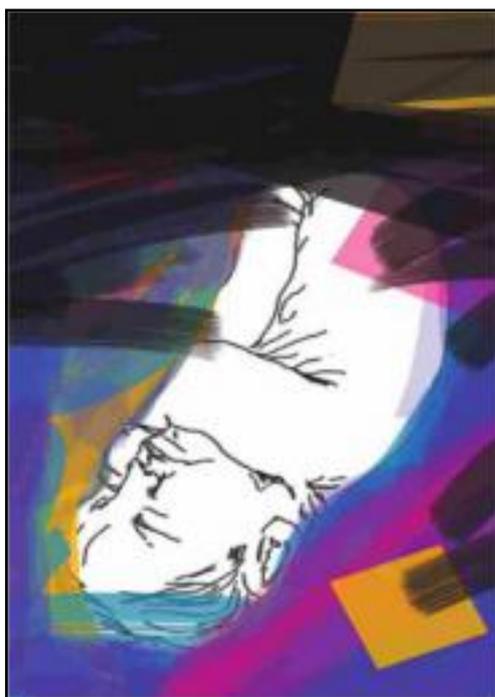
O Brasil perde por dia cinco bebês saudáveis, sem malformações, por asfixia ou problemas relacionados ao parto. Entre 2005 e 2010, o país registrou 24.210 óbitos neonatais de bebês potencialmente viáveis, ou seja, que não eram nem muito prematuros nem muito pequenos.

Com assistência pré-natal, cuidado adequado durante o parto e presença de pediatra capacitado para atender o bebê logo após o nascimento, grande parte dessas crianças teria sobrevivido. Não há relação direta entre essas mortes e o tipo de parto ao qual a gestante foi submetida --vaginal ou cesárea. Mas há indicações objetivas para cada caso.

A gestante forçada a fazer uma cesárea no Rio Grande do Sul há uma semana oferecia riscos absolutamente não desprezíveis a seu filho e a ela mesma, caso desse à luz por parto vaginal. Bons obstetras tentam parto vaginal depois de uma cesárea. Mas depois de duas, essa alternativa é quase sempre desconsiderada. Era o caso daquela gestante. O risco de rotura uterina era real. O seu filho estava saindo da fase de termo (42 semanas), e bebês pós-maduros têm maiores chances de asfixia.

A médica que acionou o Ministério Público para garantir que a mãe fosse submetida a uma cesárea considerou que tinha o dever ético de salvar duas vidas. Ela agiu do modo que entendeu ser menos lesivo à mulher e à criança, embora essa não fosse a opinião da mulher, e a criança não tivesse autonomia para decidir.

Em muitos casos similares, parece haver um muro en-



Continuação: O sofrimento dos bebês

tre a família e a equipe médica. O diálogo é precário, e a decisão acaba não sendo embasada nas condições precisas do parto. Se os riscos são suficientemente esclarecidos, se há diálogo e os subsídios médicos são explicados para a gestante, sua família e rede de apoio, facilitando a tomada conjunta de decisão, o desfecho pode ser menos conflituoso.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) estima que, para cuidar da saúde materna, o país precisa ter pelo menos 15% de cesarianas. Os países que registram índices inferiores a este têm mortes maternas evitáveis. É o que acontece em regiões africanas e no sudeste asiático, onde o procedimento é praticamente indisponível em condições adequadas.

A OMS avalia que, do total de partos realizados num país, 15% a 30% devem ser cesarianas. No Brasil, o procedimento é adotado em 55% dos casos no sistema público e em 80%, no privado.

É verdade que é preciso diminuir esses índices absurdos, mas o raciocínio não pode ser radical. O argumento de que cesarianas favorecem planos de saúde não é tão consistente quanto uma abordagem cultural. Um bebê cujo parto foi problemático pode ter de ficar ao menos sete dias na UTI, implicando custos mais elevados do que aquele recém-nascido que em dois dias pode ir para casa com a mãe.

No entanto, difundiu-se no país o hábito exagerado da cesárea eletiva, na qual os pais marcam a data de nascimento de seus filhos arbitrariamente. A mulher

brasileira em idade fértil acredita que pode escolher como se dará o parto, quando na verdade são suas condições biológicas que deveriam determinar o procedimento. A princípio, todo parto deve ser vaginal, mas com a gestação vai se vendo riscos e benefícios.

Além da imprecisão para se calcular a idade de gestação--o que implica um risco de prematuridade evitável--, a entrada em trabalho de parto libera sinais fisiológicos que desencadeiam a maturidade de vários órgãos e sistemas do bebê, em especial do sistema respiratório.

Existem métodos para identificar se há sofrimento do bebê e se há necessidade de se realizar uma cesárea. Em casos como o do Rio Grande do Sul, o diálogo mais efetivo entre a equipe médica, a gestante, a família e sua rede de apoio permitiria um desfecho que, embora pudesse ser o mesmo em termos de via de parto, fosse menos traumático a todos os envolvidos.

RUTH GUINSBURG, 55, é professora titular de pediatria neonatal da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e coordenadora do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria

Os artigos publicados com assinatura não traduzem a opinião do jornal. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate dos problemas brasileiros e mundiais e de refletir as diversas tendências do pensamento contemporâneo. debates@uol.com.br

Evidências científicas e direitos das mulheres

TENDÊNCIAS / DEBATE



Simone G. Diniz e Priscila Cavalcanti

O caso evidencia violações do código de ética médica como a falta de consentimento da gestante sem que houvesse iminente risco de morte

Adelir, 29 anos, queria muito um parto vaginal, o que não foi possível com seus dois primeiros filhos. Desta vez, teve o apoio de uma doula, do marido e dos movimentos sociais que democratizam a informação baseada em evidências científicas e em direitos das gestantes.

Descobriu que, em outros países, uma mulher com uma ou mais cesáreas pode ter um parto vaginal, assim como as que têm um bebê sentado, como o seu, e que existem protocolos para esses casos. Descobriu que, no Brasil, a maioria dos profissionais desconhece tais protocolos e acredita que essas são indicações absolutas de cesárea.

No dia 31 de março, ela procurou o hospital, onde confirmou que o bebê estava bem, assinou um termo de responsabilidade e preferiu ter o trabalho de parto em casa. Sabia que se chegasse ao hospital antes de o parto estar avançado, seria forçada a uma cesárea. A médica que a atendeu, inconformada, argumentando com a "defesa da vida do nascituro", procurou o Ministério Público, que acionou a Justiça. Determinou-se que policiais armados buscassem Adelir em sua casa de madrugada e a conduzissem à força ao hospital para ser submetida à cesariana.

Por que o desejo de ter um parto vaginal provoca tanto horror nos profissionais de saúde e por que a enorme maioria deles adere ao modelo da cesárea de rotina? Na formação dos profissionais, assim como na cultura sexual-reprodutiva brasileira, com forte viés religioso e misógino, o parto vaginal é considerado insuportável, arriscado, danoso à sexualidade e, por muitos, primitivo, nojento, vergonhoso, indigno, a ser evitado sempre que possível.

Talvez isso explique por que no Brasil, na assistência ao parto vaginal, permaneçam procedimentos obsoletos como a episiotomia (corte da vagina), o uso de drogas para aceleração do parto sem protocolos de segurança, a manobra sobre o útero para forçar a saída do bebê, além da imobilização em posições antifisiológicas. Isso sem mencionar as várias formas de abuso e violência enfrentadas por um quarto das parturientes (e mais da metade das mulheres com aborto incompleto).

Considerando os setores público e privado, apenas uma entre seis mulheres consegue ter acompanhantes no parto conforme a lei. A falta de continuidade do cuidado e de privacidade são a regra, especialmente no setor público. Movimentos sociais denunciam: "Chega de parto violento para vender cesárea".

Continuação: Evidências científicas e direitos das mulheres

O caso tem repercussão internacional por expor o inaceitável desrespeito ao direito à autonomia da gestante, à privacidade, à legalidade, à não-violência e a tratados internacionais. Ele evidencia violações do **código de ética médica** como a falta de consentimento da gestante sem que houvesse iminente risco de morte. A juíza que concedeu a liminar irreversível o fez baseada em laudo passível de contestação.

Triste, o caso traz ao menos a oportunidade de diálogo sobre a assistência ao parto, as evidências científicas e os direitos das mulheres.

SIMONE G. DINIZ é professora de saúde ma-

terno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da USP

PRISCILA CAVALCANTI é membro da ONG Artemis, que busca erradicar a violência contra mulheres

Os artigos publicados com assinatura não traduzem a opinião do jornal. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate dos problemas brasileiros e mundiais e de refletir as diversas tendências do pensamento contemporâneo. debates@uol.com.br

Índice remissivo de assuntos

Temas de Interesse | Código de Ética

Médica

3, 5